Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.
Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Bumm.

Die Erfolge der prophylaktischen Wendung bei engem Becken.

(45 Fälle.)

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Kurt-Otto von Stuckrad,
approb. Arzt aus Berlin.

Tag der Promotion: 18. Mai 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner.
Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Auszug.

Die Beurteilung des Wertes der prophylaktischen Wendung bei engem Becken ist im Wandel der Zeiten geändert worden. Nach der Entwicklung der chirurgisch-operativen Entbindungsverfahren ist die in den siebziger Jahren die Therapie des engen Beckens beherrschende prophylaktische Wendung mehr in den Hintergrund getreten. Manche Autoren, so Fehling u. a., lehnen heute die prophylaktische Wendung und die hohe Zange vollkommen ab, während andere nicht so weit gehen. Für das Kind stehen den Vorteilen der leichteren Konfiguration des nachfolgenden Kopfes und der schnellen und bequemen Extraktion an Rumpf und Extremitäten die Nachteile gegenüber, die aus der Kompression der Nabelschnur beim Durchtritt des Kopfes und den durch die schnelle und gewaltsame Konfiguration des Schädels gesetzten Verletzungen erwachsen. So wird heute bei Wohlbefinden von Mutter und Kind und bei guten Wehen lieber abgewartet, wenn der Grad der Beckenenge eine Spontangeburt erhoffen lässt. Wenn die abwartende Haltung dagegen versagt, stehen unter gewissen Voraussetzungen der Kaiserschnitt in seinen Modifikationen, Beckenspaltung, Wendung und Perforation zur Verfügung, wenn es nicht möglich war, die künstliche Frühgeburt rechtzeitig zu erwägen. Ueber den Wert dieser Methoden gehen die Meinungen noch heute auseinander.

Es ist schwer, sich bei Beckenenge mittleren Grades für die eine oder andere Methode zu entscheiden. Es ist in folgendem an dem Material der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin an 45 Fällen aus der Zeit von 1910 bis 1919 geprüft worden, welche Erfolge die prophylaktische Wendung bei engem Becken für Mutter und Kind gehabt hat. Es handelt sich dabei in der Mehrzahl nicht um wirklich „prophylaktische“ Wendungen, sondern meist war die Wendung

durch Versagen der abwartenden Haltung, durch Wehenschwäche, schlechtes Befinden von Mutter und Kind „relativ oder absolut indiziert“.

Von 45 Kindern wurden 38 lebend geboren. 2 Kinder wurden tot geboren, bei 5 musste der nachfolgende Kopf perforiert werden, ein Beweis für die Schwierigkeit der genauen Bestimmung des Verhältnisses von kindlichem Schädel und Beckenenge, auf die Zweifel und Markowski u. a. hingewiesen haben, und die ein Hauptgrund für das häufige Versagen dieser Methode ist. Von den lebend geborenen 38 Kindern konnten 30 lebend entlassen werden = 66,6, davon 4 Kinder mit Frakturen einer Extremität. Die kindliche Gesamtmortalität beträgt also 33,3%. Bei einigen toten Kindern konnte die Todesursache festgestellt werden in Impressionen, Frakturen des knöchernen Schädels, Tentoriumrissen und Blutungen im Schädel. Von den Frauen starb eine an septischer Endometritis und Embolie. Bei 2 Frauen verlief das Wochenbett gestört. Diese Resultate sind durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst:

1. Mit zunehmendem Gewicht der Kinder wird die Mortalität sehr erhöht; sie betrug bei 2500—3000 g schweren Kindern 0%, während bei Kindern über 4000 g 50% starben.

2. Auch mit zunehmender Beckenenge werden die Resultate viel ungünstiger. Während bei einer Conjugata diagonalis von 10,75 bis 11,5 cm 20% der Kinder starben, betrug der Prozentsatz bei 8,75 bis 9,5 cm diagonalis 50%. So sollte die untere Grenze der Wendungsmöglichkeit nicht zu tief gelegt und bei 9,5 cm diagonalis angenommen werden.

3. Mit höherem Alter der Frau werden die Erfolge etwas ungünstiger, da die Kinder älterer Frauen häufig grössere und härtere Schädel besitzen.

4. Die Erfolge bei Erstgebärenden sind ganz schlecht. Von den 3 Fällen der Statistik starben alle 3 Kinder und bei einer Frau verlief das Wochenbett gestört. Die Wendung wurde in diesen Fällen ausgeführt, weil chirurgische Eingriffe contraindiziert waren oder die Frauen die Sectio cäsara verweigerten. Die allgemeine Ablehnung der prophylaktischen Wendung bei Erstgebärenden erweist sich als durchaus berechtigt.

Die im ganzen wenig günstigen Resultate nötigen uns zu einem Vergleich mit anderen Methoden. Der Wert der künstlichen Frühgeburt ist umstritten und die berichteten Erfolge sind sehr verschieden: Bagger-Jörgensen hat eine kindliche Gesamtmortalität von 17,9%, Cuny und v. Herff 20%, Hofmeier 22%, Leonhard 36,4%, Ponfick 40%, Feisly 75%. Diese grossen Unterschiede sind wohl aus der Auswahl der geeigneten Fälle zu erklären, die sehr vorsichtig sein muss. Bumm hält die Erwägung der künstlichen Frühgeburt für zweckmässig bei einer Diagonale von 10,5 bis 9 cm, besonders da, wo die Anamnese der früheren Geburten schlecht ist. Als günstigsten Zeitpunkt nennt Bumm die 36. Woche, jedenfalls nicht vor der 34. Woche. Bei Erstgebärenden wird die künstliche Frühgeburt abgelehnt.

Auch das Gebiet der Beckenspaltung ist umstritten. Pankow will sie nie ausgeführt wissen im Interesse der gefährdeten Kinder, ebenso nie bei Erstgebärenden. Auch soll der Kopf schon ins Becken eingetreten sein. Die berichteten Erfolge sind folgende: Stoeckel gibt die Mortalität bei der Bumm'schen Pubotomie für die Frauen auf 1,4%, für die Kinder auf 5,6% an. Menge gewinnt aus der Zusammenstellung der Statistiken Schläflis, Römers und seiner eigenen eine Durchschnittsmortalität von 2,54% und der Kinder von 7,67%.

Unter dem beschriebenen Material der Universitäts-Frauenklinik war dreimal die Pubotomienadel vor Vornahme der prophylaktischen Wendung eingelegt. Diese Kombination von Wendung und Pubotomie erscheint auch in der Praxis günstig, da im Falle der Unmöglichkeit, den nachfolgenden Kopf zu extrahieren, die schnell ausgeführte Pubotomie oft noch einen guten Erfolg haben kann.

Die Statistiken des Kaiserschnitts aus relativer Indikation bei engem Becken mittleren Grades ergeben folgendes Bild: Menge hat unter 26 extraperitoneal operierten Fällen einen mütterlichen und einen kindlichen Todesfall. Bei 21 intraperitoneal operierten Fällen keinen Todesfall. Unter 5 Operationen nach Porro starb eine Frau an Sepsis. Schaefer berichtet unter 50 Fällen von abdominalem

Kaiserschnitt über eine Mortalität der Mütter von 4%. Die Gründe bei beiden Todesfällen wurden festgestellt: der Blasensprung war mehr als 20 Stunden vorher erfolgt oder es war schon ein Entbindungsversuch vorhergegangen. Franz hat eine mütterliche Mortalität von 1,5%, eine kindliche Mortalität von 2,3%. Menge gibt die Durchschnittsmortalität der Mütter auf 4,5%, der Kinder auf 4,4% an.

Hieraus geht hervor, dass der Kaiserschnitt für die Kinder weitaus die günstigsten Resultate ergibt, ohne doch bei der nötigen Beschränkung für die Mütter eine wesentliche Erhöhung der Gefahr zu bringen. Die Beschränkungen ergeben sich von selbst: Fieber der Mutter, primitive Verhältnisse in der Praxis, ev. auch lange vorher gesprungene Blase und vorhergegangener Entbindungsversuch geben die Contraindikation des Kaiserschnitts aus relativer Indikation.

So kommen wir zu dem Resultat: Bei reinen Fällen wird bei Beckenenge mittleren Grades in der Klinik die Methode der Wahl der Kaiserschnitt oder Beckenspaltung sein. Bei contraindizierten chirurgischen Verfahren ist die Wendung die ultima ratio vor der Perforation, es wird manches Kind gerettet werden können. Es gelang durch prophylaktische Wendung unter 14 Fällen, wo eine chirurgische Therapie ausgeschlossen werden musste, 8 Kinder = 57,2% vor der Perforation zu retten.

In der Praxis wird, da sich grössere Operationen von selbst verbieten und auch die Beckenspaltung oft schwierig sein wird oder verweigert wird, die prophylaktische Wendung ev. mit vorbereiteter Beckenspaltung sich noch behaupten als ein Verfahren, das bei einfacher Ausführbarkeit und Ungefährlichkeit für die Mütter häufig geeignet sein wird, lebende Kinder vor dem sonst drohenden Absterben in utero oder vor der Perforation zu retten.

Literatur.

(Titel zum Teil gekürzt.)

1. Alexander: Ueber proph. Wendung. Diss. Berlin 1898.
2. Bagger-Jörgensen: Partus arte praematurus. Ref.: Gyn. Rundsch., VII. Jahrg., S. 305.
3. Bumm: Grundriss der Geburtshilfe.
4. Cuny: Behandlung der Geburt bei engem Becken. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. 74, S. 709.
5. Doederlein: Handb. d. Geburtshilfe 1915.
6. Fehling: Soll die Hebosteomie ihren Platz in der operativen Geburtshilfe bewahren? Beitr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 16, S. 210.
7. Feisly: Therapie bei engem Becken. Diss. Lausanne. Ref.: Gyn. Rundsch., S. 680.
8. Franz: Ueber Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1915, S. 215.
9. Glöckner: Beiträge zur Lehre vom engen Becken. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 41, 1899 und 42, 1900.
10. Hofmeier: Stellung der künstlichen Frühgeburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 30, Ergänzungsheft.
11. Jacobsohn: Beiträge zur Therapie des engen Beckens. Diss. Berlin 1898.
12. — Die abwartende Behandlung des engen Beckens. Ref.: Monatsschr. f. Geb. und Gyn., Bd. 39, S. 524.
13. Krönig: Therapie beim engen Becken, 1901, Leipzig, Georgi.
14. Krull: Wendung und Extraktion bei engem Becken, 320 Fälle, Arch. f. Gyn. 1902, Bd. 67, S. 374.
15. Leonhardt: 220 Fälle von künstlicher Frühgeburt. Dissert. Strassb. 1916. Ref.: Zentralbl. f. Gyn., Nr. 41, S. 1381.
16. Leopold: Ueber Symphysiotomie, Zentralbl. f. Gyn. 1894.
17. Löwenhardt: Wendung und Extraktion. Archiv für Gyn., Bd. 7, 1875.
18. Markowsky: Die prophylaktischen Operationen. Ref.: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 39, S. 584
19. Menge: Subcutane Hebosteomie. Arch. f. Gyn. 1918.
20. Nagel: Wendung bei engem Becken. Arch. f. Gyn., Bd. 35, 1889.
21. Olshausen-Veit: Lehrbuch der Geburtshilfe 1902.
22. — Spontane Geburt usw. Zentralbl. f. Gyn. 1894.
23. Pankow: Kaiserschnitt oder Beckenspaltung. Zeitschr. f. Gyn. 1910, Bd. 67.

24. Pobedinsky: Behandlungsmethoden bei engem Becken. Ref.: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39, S. 585.
25. Ponfick: Erfolge der künstlichen Frühgeburt. Zeitschr. für Geb. u. Gyn., Bd. 73, 1913.
26. Rosenthal: Wendung und Extraktion beim engen Becken, Leipzig 1893.
27. Schaefer: Ueber abdominale Kaiserschnitte. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1912, S. 254.
28. Stoeckel: Erfahrungen mit Hebosteomie und Kaiserschnitt., Arch. f. Gyn. 1918.
29. Winter: Berechtigung der Trennung der Extraktion von der Wendung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 12.
30. Wolff: Beitrag zur Lehre von der Wendung. Arch. f. Gyn. 1901, Bd. 62, S. 533.
31. Zweifel: Lehrb. der Geburtshilfe, Stuttgart 1889.

Lebenslauf.

Ich, Verfasser der vorstehenden Arbeit, Kurt-Otto von Stuckrad, wurde am 9. April 1893 zu Farm Kösen bei Ladysmith in Natal, Südafrika, als Sohn des damaligen Hauptmanns a. D. und Farmers Johannes von Stuckrad und seiner Ehefrau Marie geb. von Stuckrad geboren. Meine Schulbildung genoss ich zu Köln a. Rh., wo ich Ostern 1912 das Reifezeugnis des städtischen humanistischen Schiller-Gymnasiums erwarb. Ostern 1912 begann ich das medizinische Studium in Berlin und bestand Juli 1914 die medizinische Vorprüfung. Meiner Dienstpflicht genügte ich im Sommerhalbjahr 1912 beim Garde-Füsilier-Regiment. Den Feldzug machte ich vom 2. August 1914 bis Mitte Dezember 1918 als Sanitätsgefreiter, Sanitätsunteroffizier, Feldunterarzt und Feldhilfsarzt bei Feldlazarett, Sanitätskompagnie, Inf.-Reg. und Pionier-Komp. mit und wurde mit dem Eisernen Kreuz I. und II. Klasse ausgezeichnet. Ich war 8 Monate lang zum Corpshygieniker des VII. A.-K. und beratenden Hygieniker der I. Armee kommandiert. Mitte Dezember 1919 nahm ich meine Studien an der Universität Berlin wieder auf. Januar bis April 1920 bestand ich das medizinische Staatsexamen mit dem Prädikat „Sehr gut“, Mitte August bis Ende September 1919 war ich als Famulus an der Med. Universitätsklinik zu Köln (Direktor Geh. Rat Moritz) der städtischen Krankenanstalt Lindenburg tätig.